

ส่วนที่ ๒ : ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ

ความเห็นของประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

ผลการตรวจสอบ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน ไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุน

ความเห็นตามมติที่ประชุม ครั้งที่... 1 / 2561 เมื่อวันที่... 21 ... เดือน... ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ครอบอนุมัติ ไม่อนุมัติ เพราะ.....

(ลงชื่อ)

(นายสัญญา รัตนหิรัญ)

ประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ
องค์การบริหารส่วนตำบลนาพละ

ผู้ตรวจสอบโครงการ

ตรวจสอบแล้วถูกต้องตามมติที่ประชุม คณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาพละครั้งที่ ... 1 / 2561 เมื่อวันที่... 21 ... เดือน... ต.ค. พ.ศ. ๖๐

(ลงชื่อ)

(นางสาวสุวรรณี ศิริรัตน์)

กรรมการและเลขานุการคณะกรรมการบริหารกองทุนฯ

ผู้อนุมัติโครงการ

ตามมติการประชุมคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ อบต.นาพละ
ครั้งที่ ... 1 / 2561 เมื่อวันที่... 21 ... ๒๕๖๐ ผลการพิจารณาแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม ดังนี้

อนุมัติ งบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม จำนวน 9420บาท
เพราะ

ไม่อนุมัติงบประมาณ เพื่อสนับสนุนแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม
เพราะ

หมายเหตุเพิ่มเติม (ถ้ามี)

ให้รายงานผลความสำเร็จของแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมตามแบบฟอร์ม (ส่วนที่ ๓) ภายในวันที่

ลงชื่อ.....

(นายสำเริง นิลละออ)

ตำแหน่งประธานคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกัน
สุขภาพองค์การบริหารส่วนตำบลนาพละ
วันที่-เดือน-พ.ศ.